



Collaborazioni a tempo parziale degli studenti ai servizi dell'Università degli Studi dell'Insubria

RINUNCIA PARZIALE ATTIVITA'

e contemporanea richiesta di pagamento delle ore effettivamente svolte
- da allegare alla RICHIESTA DI PAGAMENTO a cura del responsabile del servizio -
(se la compilazione avviene a mano si raccomanda l'uso dello stampatello)

Como/Varese, _____

Servizi Integrati per gli studenti
Via Valleggio, 11
22100 COMO

Io sottoscritto

cognome e nome studente		n. matricola	
--------------------------------	--	---------------------	--

vista l'impossibilità di completare il monte ore complessivo

di ore		previsto dall'atto di impegno sottoscritto in data	
---------------	--	--	--

presso

Struttura *	
--------------------	--

sotto la responsabilità di

Responsabile del servizio	
----------------------------------	--

a causa di

motivo della rinuncia parziale	
---------------------------------------	--

chiedo il pagamento di

n. ore		svolte dal		al	
---------------	--	------------	--	----	--

e inoltre:

<input type="checkbox"/>	chiedo di mantenere la mia iscrizione all'albo delle collaborazioni studentesche
<input type="checkbox"/>	confermo la mia disponibilità per eventuali successive collaborazioni solo a far data dal
<input type="checkbox"/>	chiedo di cancellare il mio nominativo dall'albo delle collaborazioni studentesche

Con i migliori saluti

Firma dello studente

* indicare Dipartimento, Centro, Settore, Ufficio responsabile della collaborazione.